



**DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DO EDITAL E SEUS ANEXOS**

Ao Hospital Beneficente Doutor César Santos  
Comissão de Processo Seletivo Simplificado

Eu, \_\_\_\_\_,  
(profissão) \_\_\_\_\_, (nacionalidade) \_\_\_\_\_, (estado  
civil) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob nº  
\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ e no RG sob nº \_\_\_\_\_, venho, pela presente,  
DECLARAR que possuo pleno conhecimento do Edital 02/2023 e seus anexos e que estou de  
acordo com as disposições nele contidas Item 9.3.

Passo Fundo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Candidato